



**ПЕРЕСМОТР ПРАВА НА МЕДИЦИНСКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ СЕМЕЙ И ДЕТЕЙ
ELIGIBILITY REVIEW FOR FAMILY AND CHILDREN'S
MEDICAL BENEFITS**



Настоящая анкета для пересмотра права на пособие представляет собой изложение фактов о лицах, желающих получить медицинское пособие. Вам нужно ответить на все вопросы, прежде чем мы будем знать, сможем ли мы продолжать предоставлять Вам медицинское пособие.

Прошу прислать мне информацию о программах денежных и продовольственных пособий.

Пишите печатными буквами.

1. Имя	Инициалотчества	Фамилия		
2. Адрес, по которому Вы проживаете	Улица	Город	Штат	Почтовый индекс
3. Почтовый адрес (если отличается)	Улица	Город	Штат	Почтовый индекс

4. Номера телефонов	5. Трудно ли Вам говорить, читать и писать по-английски?	Да	Нет
Домашний () _____	Нужно ли посылать Вам материалы на другом языке?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рабочий () _____	Нужен ли Вам переводчик? (Если нужен, мы его предоставим.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	На каком языке Вы говорите? _____		
6. В моей семье есть беременная.	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Если да, то кто? _____	
Дата ожидаемых родов _____			

Общие сведения

7. В моей семье есть инвалид. Да Нет Если да, укажите кто _____

8. Перечислите членов семьи, проживающих совместно одной семьей: (Эти сведения не будут передаваться в INS)

Имя (имя, отчество, фамилия)	Кем Вам приходится	Дата рождения (мес/день/год)	Гражданин США		Если не гражданин США, получил ли документ, в котором указан статус? (приложить документ)		Дата прибытия этого лица в США (мес/день/год)	Имеет ли данное лицо спонсора?		Номер социального обеспечения (не обязательно, если человек не хочет получать пособие)	Пол м/ж
			Да	Нет	Да	Нет		Да	Нет		
A. Родитель/опекун или Вы сами			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Родитель/опекун/другой			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Перечислите всех остальных лиц:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
G.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
H.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
I.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Расходы

9. Платите ли Вы кому-либо за уход за Вашим ребенком или взрослым иждивенцем за то время, пока Вы работаете?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	10. Платите ли Вы алименты на содержание ребенка, не проживающего в Вашем доме, по судебному исполнительному листу?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Если да, то сколько в месяц? \$ _____		Если да, то сколько в месяц? \$ _____	

Доход

<p>11. Ваш доход от работы по найму</p> <p><input type="checkbox"/> Отметить, если работаете на себя</p> <p>Имя нанимателя _____</p> <p>Номер телефона () _____</p> <p>Величина Вашего заработка до уплаты налогов: \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц</p> <p><input type="checkbox"/> Ежемесячно Количество рабочих часов в неделю _____</p>	<p>Прочий доход, получаемый кем-либо в Вашем доме</p>	<p>Сумма</p>	<p>Как часто получают этот доход?</p>	<p>Кто из членов семьи получает этот доход?</p>
	13. Алименты на детей	\$		
	14. Алименты (на содержание)	\$		
	15. Пособие Social Security	\$		
	16. Пособие по безработице	\$		
<p>12. Доход от найма супруга (-и) или члена семьи, проживающего в доме.</p> <p>Имя другого лица, имеющего доход _____</p> <p><input type="checkbox"/> Отметить, если это лицо работает на себя</p> <p>Имя нанимателя _____</p> <p>Номер телефона () _____</p> <p>Величина заработка до уплаты налогов: \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц</p> <p><input type="checkbox"/> Ежемесячно Количество рабочих часов в неделю _____</p>	17. Проценты по банковским счетам	\$		
	18. Пособие ветерана	\$		
	19. Пособие мин-ва труда и индустрии	\$		
	20. Выплаты военнослужащим	\$		
	21. Доход от аренды жилья	\$		
	22. Другое (пожалуйста, пояснить)	\$		
<p><i>Примечание: используйте дополнительные листы, если нужно указать дополнительные сведения о доходах или работе.</i></p>				

Сведения о медицинской страховке

	Да	Нет
23. Имеет ли кто-нибудь из желающих продолжать получать медицинское пособие частную медицинскую страховку?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имели ли Вы медицинскую страховку для Ваших детей через свою работу в последние 4 месяца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если имели, покрывает ли эта медицинская страховка услуги врачей, больниц, рентгеноскопии и лаборатории?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если имели, составлял ли месячный взнос за иждивенцев менее \$50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если ответили "Да" на какой-либо из этих вопросов, просим заполнить сведения по страховке внизу.

Страховая компания или наниматель	Номер полиса	Имя держателя полиса	Номер соцобеспечения держателя полиса

Добровольные сведения

Мы просим Вас добровольно сообщить свою расу или этническое происхождение. Эти сведения не принимаются во внимание при определении права на пособие.

Индеец или коренной житель Аляски Азиат Черный или афроамериканец Латиноамериканец
 Кор. житель Гавайских и др. о-вов Тихого океана Белый Иное _____

Дискриминация запрещена во всех программах и деятельности подразделений Департамента социального обеспечения и здравоохранения. Никто не может быть исключен из этих программ и деятельности на основании расы, цвета кожи, вероисповедания, политических взглядов, национального происхождения, религии, возраста, пола или наличия инвалидности.

Внимательно прочтите перед тем, как подписывать

Я ПОНИМАЮ, ЧТО:

- Я должен немедленно докладывать Департаменту социального обеспечения и здравоохранения (DSHS), письменно, или по телефону, обо всех изменениях в моем положении. Несвоевременная подача отчетов может привести к неправильному начислению пособий.
- DSHS, другие органы штата и федеральные органы вправе осуществлять проверку моего положения.
- Я должен представить доказательства своих прав на пособия. DSHS может оказывать мне помощь в получении таких доказательств или связываться с другими лицами или учреждениями для их получения.
- Своим обращением за медицинским пособием и получением его я уступаю правительству штата Вашингтон все права на любое медицинское обеспечение и на все платежи за медицинское обслуживание от любой третьей стороны.
- DSHS может предоставлять сведения об иммунизации моего ребенка в систему контроля за прививками ребенка Департамента здравоохранения (Child Profile Immunization Tracking System).
- **Я понимаю, что настоящий пересмотр права касается только медицинского пособия. Если моей семье понадобится финансовая или продовольственная помощь, мы должны подать заявление через офис общественного обслуживания DSHS (CSO).**

Заявление и подпись

Я прочитал и понимаю информацию в данной анкете для пересмотра права на пособие. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, предоставленная мной в этой анкете, насколько мне известно, подлинная, верная и полная.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ПОДПИСЬ СУПРУГА (-И)/ОПЕКУНА	ДАТА